

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 juin 1893, à 1 heure

Par M^{lle} BYCHOFFSKI

Née à Mohileff (Russie), le 22 septembre 1863

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYSTÉRO-TRAUMATISME
(HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE)

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
DEL BET, GAUCHER, agrégés.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 juin 1893, à 1 heure

Par M^{lle} BYCHOFFSKI

Née à Mohileff (Russie), le 22 septembre 1863

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYSTÉRO-TRAUMATISME
(HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE)

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
DEL BET, GAUCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE AINÉ

A MES SŒURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



A MON BIEN VÉNÉRÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552014_0062

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

(Hystéro-traumatisme interne)

INTRODUCTION

On sait que l'hérédité nerveuse joue le rôle prépondérant dans les maladies du système nerveux. L'hystérie n'échappe certainement pas à cette loi générale. Cette notion de l'hérédité de l'hystérie date des temps anciens, mais c'est surtout dans notre siècle que l'hérédité, cause de l'hystérie, est étudiée sous toutes ses faces.

La cause primordiale de l'hystérie, enseigne M. le professeur Charcot, est l'hérédité, que celle-ci soit *similaire*, mère hystérique, fille hystérique ; qu'elle agisse par *transformation* : le ou les générateurs ou leurs ascendants étaient atteints d'une affection nerveuse autre que l'hystérie elle-

même. A côté de l'hérédité, il n'existe que des agents provocateurs de la névrose.

Or, les agents provocateurs' de l'hystérie sont aussi nombreux que variés. M. Guinon dans sa thèse a relevé toutes les causes provocatrices de l'hystérie (1).

On peut les ranger en différentes catégories : Les unes étant plutôt des causes préparatoires, les autres des causes déterminantes. Parmi les premières on place la chloro-anémie, puis toutes les causes d'affaiblissement, les hémorrhagies profuses, les maladies de longue durée, etc. Les fatigues excessives, intellectuelles ou physiques, agissent plus directement ; c'est ainsi que l'on voit nombre de soldats devenir hystériques après les grandes manœuvres. Les différentes intoxications par l'alcool, le plomb, le sulfure de carbone produisent des effets analogues. Les maladies qui portent sur le système nerveux lui-même, comme la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice progressive, etc., s'accompagnent également assez volontiers d'hystérie. Cette liste n'est pas encore complète, tant s'en faut, mais nous n'y insisterons pas plus longtemps et nous arrivons au traumatisme.

D'après ce que nous avons dit, le traumatisme, comme les causes énumérées plus haut, doit

1. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse Paris, 1889.

être considéré comme un agent provocateur de l'hystérie et rien de plus. Il ne peut donc pas créer l'hystérie de toute pièce et en dehors de la prédisposition, le plus souvent héréditaire.

« On appelle hystéro-traumatisme, dit M. Guinon, l'hystérie développée sous l'influence du traumatisme et de cet état qui en dérive, le shock nerveux. On donne le nom de shock nerveux à l'état dans lequel se trouve un individu qui vient d'être victime d'un traumatisme ou d'une secousse matérielle quelconque, plus ou moins violente, mais s'accompagnant toujours d'une émotion vive, état caractérisé par une série de symptômes tant psychiques que somatiques. »

L'hystéro-traumatisme a été très bien étudié, surtout dans ce temps dernier. Des travaux, un grand nombre d'observations ont été publiés. A l'époque actuelle, la question est tout-à-fait établie, et pour notre part nous n'avons rien de nouveau à ajouter. Mais nous nous proposons de rapporter ici quelques cas d'hystérie où le développement de la névrose doit être considéré comme analogue à celui de l'hystéro-traumatisme.

L'irritation ou lésion locale accompagnée d'ébranlement nerveux plus ou moins intense et hystérie consécutive rapprochent absolument les cas observés par nous des nombreux faits connus d'hystérie développée sous l'influence d'une cause locale.

Nous ferons l'historique de l'hystéro-trauma-

tisme dans un premier chapitre. Dans le chapitre suivant nous exposerons rapidement les différentes formes sous lesquelles se manifeste le plus souvent l'hystérie d'origine traumatique, et la théorie sur la production de certaines manifestations de l'hystéro-traumatisme.

Nous consacrons un troisième chapitre à l'étude des cas observés par nous et où l'hystérie s'était développée à la suite des accidents de coliques néphrétiques ou de coliques hépatiques. Nous montrerons ensuite que de ces faits doivent être rapprochés les cas d'hystérie consécutifs à la présence de vers intestinaux. Nous finirons ce chapitre par le résumé d'un certain nombre d'observations ayant trait à ces derniers cas.

Mais avant d'entrer dans le sujet de notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements les plus profonds à notre très honoré maître M. le professeur Potain pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et qui nous ont guidé dans ce travail.

Nous prions nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Dieulafoy, Peter, Tillaux, Le Dentu, M. le Dr Rigal d'agréer l'expression de notre gratitude.

I

HISTORIQUE (1).

L'histoire de l'hystéro-traumatisme ne remonte pas très loin. Mais, quoique relativement neuve, la bibliographie de ces faits est déjà fort riche.

On peut diviser les travaux publiés sous le titre de trois écoles: *L'Ecole Anglo-Américaine*, *L'Ecole Française* et *L'Ecole Allemande*.

Les Anglais ont ouvert la voie, et dès 1837 Brodie signale l'hystérie locale d'origine traumatique, spécialement dans les articulations, et fixe l'histoire de la coxalgie hystérique.

« Il arrive très fréquemment, écrit Brodie, que les symptômes locaux d'hystérie paraissent devoir être rattachés à l'action d'une cause extérieure, et comme l'action traumatique dont il s'agit est souvent très légère, en disproportion apparente avec les effets produits, ceux-ci sont souvent mal interprétés ; on les prend pour quelque chose de très différent de ce qu'ils sont en réalité. »

Mais l'auteur Anglais ne parle que des manifestations locales d'hystérie à la suite de traumatisme.

(1). Pour ce chapitre nous avons largement puisé dans la thèse de M. Guinon et dans l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette.

Erichsen est le premier auteur (1866) qui se fût occupé des maladies nerveuses dues au traumatisme causé par les accidents de chemin de fer, mais pour lui tous ces troubles nerveux dépendent de lésions organiques de la moelle épinière ou du cerveau.

Avant Erichsen la plupart des accidents dus au traumatisme étaient mis sur le compte de la commotion cérébrale ou médullaire. Quelques-uns de ces cas, d'ailleurs bien décrits par les auteurs, permettent maintenant sans hésitation de faire le diagnostic rétrospectif d'hystérie traumatique. C'est ainsi que dans la clinique de Robert (1) on trouve l'histoire de plusieurs malades bien intéressants à ce point de vue.

« Dans quelques cas la commotion cérébrale, dit cet auteur, a un autre résultat. Les malades perdent l'usage d'un sens. J'ai vu une femme qui à la suite de cet accident avait totalement perdu la faculté de nommer les choses. J'ai vu également un maçon qui avait été privé de l'usage de la parole : cet homme était à l'hôpital Beaujon depuis cinquante cinq jours ; il ne se plaignait pas de céphalalgie bien intense, mais il ne pouvait dire un seul mot ; la sœur me demanda de l'employer comme infirmier, j'y consentis ; un matin il descendait l'escalier avec une infirmière qui portait

1. Robert (A. C.), *Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu pendant les années 1858-59*, in-8°, 1860.

une grande marmite de potage ; cette femme glissa sur l'escalier et fut inondée par le potage chaud ; notre homme était présent, il se mit à rire comme un fou et recouvra aussitôt la parole. Quelle est l'altération pathologique qui a pu pendant deux mois priver cet homme de l'usage de la parole, et qui a ensuite disparu spontanément et brusquement sous l'influence d'une cause aussi légère ? Evidemment cela est impossible de le dire. »

Il s'agit-là, incontestablement, des cas de mutisme hystérique d'origine traumatique. La guérison sous l'influence d'une émotion vive en est une preuve évidente.

Leudet cite des cas qu'il met sur le compte de la congestion de la moelle à la suite de chute ou d'efforts et qui semblent bien devoir rentrer dans le cadre de l'hystérie traumatique.

Le malade qui fait le sujet de l'observation IV de son premier travail (1) avait, outre un certain degré de paralysie, des convulsions épileptiformes et de la contracture des membres. L'observation IV, rapportée dans la clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen par le même auteur, a trait à un homme qui, le lendemain d'une chute sur le dos, présente des signes de paralysie qui guérit spontanément, avec amblyopie persistante. Cinq ans plus tard, le même malade, à la suite d'une nouvelle chute, est repris de paralysie, avec anesthé-

1. Leudet, *Archives gén. de méd.*, 1860, vol. I, p. 257.

sie des membres supérieurs, de la poitrine et du dos.

Kussmaul (1) cite un cas décrit par Wertner. Une jeune fille de 13 ans tombe sous une voiture et n'a que quelques écorchures de la peau. Mais elle perd subitement la parole. Tout est tenté pendant treize mois sans succès. Un beau jour, la jeune fille se précipite dans les bras de sa mère en disant à haute voix : « Maman, je parlerai encore. » Elle était guérie.

Pour montrer combien de tels cas devaient passer inaperçus n'étant pas rapportés à leur véritable cause, M. Guinon (2) analyse un fait qui lui a été communiqué par M. le professeur Charcot. En 1872, M. Charcot a vu un malade dans le service de M. Maurice Raynaud à l'hôpital de la Charité, et sur lequel il a pris une note séance tenante. L'observation était intitulée : épilepsie de cause spinale provoquée et arrêtée. « Je me rappelle très bien ce malade, disait M. Charcot, en communiquant cette note. On pourrait aujourd'hui l'étiqueter sans hésiter : accidents hystéro-traumatiques, attaques d'hystérie probablement à forme d'épilepsie partielle consécutifs à un éboulement. »

Pourquoi donc l'attention de M. Charcot n'avait-

1. Kussmaul, *Les troubles de la parole*, p. 200.

2. Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Thèse de Paris, 1889.

elle pas été alors attirée du côté de l'hystérie que lui-même reconnaît pour telle plus tard rétrospectivement en se remémorant le malade ? C'est que, tout d'abord, l'hystérie masculine n'était pas chose courante à cette époque comme elle l'est actuellement, ensuite on ne savait pas que le traumatisme peut être la cause provocatrice de cette névrose. Il est évident cependant qu'il l'était hier aussi bien qu'aujourd'hui. Les faits de ce genre le prouvent suffisamment.

Dans un mémoire de Jardieu on trouve quelques mots sur l'hystérie traumatique, mais la question n'y est nullement examinée d'une façon complète et sous tous les points de vue.

En 1878, M. le professeur Charcot, sans traiter la question de l'hystéro-traumatisme comme on la comprend maintenant, signale déjà l'influence que peut exercer le traumatisme sur le développement des accidents hystériques (1).

Mais en Allemagne Leyden soutenait que les troubles nerveux dus au traumatisme résultaient de lésions matérielles (2). Cet auteur consacre dans son livre un court chapitre aux commotions de la moelle suites d'accidents de chemin de fer et il se range à l'opinion de Erischen. Il cite d'ail-

1. Charcot, *De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale*. Progrès médical, 1878, 3 mai.

2. Leyden, *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*. Paris, 1879, p. 425.

leurs d'autres faits non moins probants en ce qui concerne la possibilité de la production des lésions matérielles par le traumatisme, mais qui ne permettent pourtant pas la déduction et la généralisation à tous les cas. On verra d'ailleurs plus loin qu'il est revenu plus tard sur cette opinion, depuis la publication de nombreux travaux français, anglais et américains.

En 1882, M. Walton, retour de France, où il était venu se familiariser avec les maladies nerveuses, sous les auspices de M. Charcot, publie un mémoire (1) dans lequel il trouve chez ses malades les signes de l'hystérie et rapporte à cette maladie les divers accidents nerveux qu'il constate comme conséquences du traumatisme. Peu de temps après, M. Putnam (2) arrive aux mêmes conclusions. Il s'agit dès ce moment, non-seulement d'accidents et de traumatismes de toutes sortes, mais d'accidents de chemin de fer en particulier. Il est remarquable que c'est surtout à propos des faits de ce genre que la question a été étudiée sous toutes ses faces. Aussi ce furent les américains, gens pratiques et dans le pays desquels

1. Walton, *Hysterical anesthesia brought on by a fall*. *Boston med. and surgical journal*, 11 décembre 1884, et *Arch. of med.*, 1882, t. X.

2 Putnam, *The medico-legal significance of hemianesthesia after concussion accidents*. *Am. journal of neurology and psychiatry*, 1884.

les grandes catastrophes de chemin de fer ne sont pas rares, qui l'envisagèrent les premiers.

En Angleterre, M. Page publiait l'année suivante un très intéressant travail dans lequel 250 cas sont analysés (1). Le cerveau devient le siège principal des troubles fonctionnels observés ; le railway-brain remplace le railway-spine. L'état mental des individus qui viennent d'être traumatisés ressemble à l'état mental des hypnotiques, et l'opinion générale qui se dégage de l'ouvrage de M. Page est, que la neurasthénie et l'hystérie sont les principales affections consécutives aux accidents de chemins de fer.

Pendant ce temps un courant d'idées tout-à-fait différentes s'établit en Allemagne. Quoique on fût bien obligé de renoncer à l'idée première de Leyden, qui voulait attribuer tous les accidents nerveux d'origine traumatique à des lésions organiques, on se refusa cependant à les ranger à leur véritable place, c'est-à-dire dans l'hystérie, pour la plupart tout au moins.

MM. Oppenheim et Thomsen de Berlin (2), dans un mémoire qui contient d'ailleurs un grand nombre de faits intéressants et bien observés, ayant trait en grande partie à des chauffeurs, chefs de train, ouvriers victimes d'accidents de chemin de

1. Page. *Injuries of the spine and spinal corde without apparent mechanical lesion, and nervous shock*. Londres, 1885.

2. *Arch. de Westphal*. Bd. XV. Heft 2, 3.

fer, veulent faire une névrose spéciale, la névrose traumatique, des accidents, tels que : hémianesthésie, anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel qu'ils ont rencontré chez leurs malades. Les principaux arguments que MM. Oppenheim et Thomsen fournissent pour appuyer leurs thèses sont les suivants : 1° l'anesthésie est tenace ; on n'y voit pas ces changements capricieux qui sont caractéristiques de l'hystérie. Elle dure telle quelle des mois et des années ; 2° une autre raison, c'est que l'état psychique des malades n'est pas celui des hystériques ; les troubles de cet ordre, chez ces malades, n'ont pas les allures changeantes, mobiles de ceux de l'hystérie. Les malades sont plutôt déprimés, mélancoliques.

On verra plus loin que M. Charcot a démontré que les troubles sensitivo-sensoriels hystériques peuvent, même chez la femme, présenter une ténacité remarquable, et que chez l'homme il en est très souvent ainsi ; de plus chez l'homme en particulier, la dépression et la tendance à la mélancolie s'observent le plus communément dans les cas d'hystérie les plus accusés, les moins contestables.

En 1885, M. Charcot, dans ses leçons sur l'hystérie chez l'homme, sur les paralysies hystéro-traumatiques, a démontré, pièces en mains, que l'hystérie est souvent provoquée par un traumatisme et il en fournit des exemples indéniables et bien faits pour entraîner la conviction. Il prouva

que la plupart des accidents nerveux, tels que anesthésie sensitivo-sensorielle, attaques de nerfs, paralysies, contractures, etc., que l'on rencontre chez les traumatisés, ne sont en réalité que des accidents hystériques. A plusieurs reprises, M. Charcot et ses élèves sont revenus sur ce sujet et toujours les résultats de la clinique confirmaient ses précédentes affirmations.

Un certain nombre d'auteurs allemands sont revenus sur leurs premières idées et ont reconnu, que c'est en effet à l'hystérie qu'on doit rattacher la plupart des troubles nerveux sans lésions, consécutifs au traumatisme.

C'est ainsi que M. Oppenheim lui-même, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Berlin, le 16 janvier 1888, sans abandonner l'idée de la névrose traumatique, fit une large place à l'hystérie dans les accidents nerveux survenus à la suite des collisions de chemin de fer.

M. Bernhardt partage cette manière de voir, et dans la discussion qui suivit ces communications, M. Leyden (1) vint encore appuyer de sa haute autorité les conclusions nouvelles de ses collègues.

Mais M. Thomsen n'admet pas cette théorie de l'hystérie traumatique. Dans un travail paru en 1888 (2) où cet auteur étudie particulièrement les

1. Leyden, *Soc. de méd. int. de Berlin*. Séance du 6 février 1888.

2. Thomsen, *Vier Fälle von traumatischer und Reflex-psychose. Charité Annalen*, 1888, XIII Jahrg.

troubles psychiques consécutifs aux traumatismes, et rejette absolument l'idée d'hystérie, continuant à faire de ces accidents une névrose à part qui doit trouver sa place en nosologie.

C'est encore l'avis de M. Strümpell (1). D'après cet auteur il faut distinguer deux groupes dans les affections nerveuses consécutives aux traumatismes : les névroses traumatiques générales et les névroses traumatiques locales. Suivant lui, ces dernières rentrent dans l'hystérie, quoiqu'il donne de l'hystérie une définition différente de la signification ordinairement attribuée à ce mot. Ce sont des paralysies, des contractures, des algies hystériques, non accompagnées de troubles psychiques. La névrose traumatique générale, qui participe à la fois des signes de l'hystérie et de la neurasthénie, comprend les cas où, à côté des troubles psychiques tels que mélancolie, hypocondrie, affaiblissement de la volonté, de la faculté de travailler de tête, se montrent des anesthésies sensibles et sensorielles, du rétrécissement du champ visuel, des troubles subjectifs, du tremblement, des contractures, etc. M. Charcot considère ces cas tout simplement comme des combinaisons d'hystérie et de neurasthénie.

En 1889, M. le professeur Grasset (de Montpellier) fait quelques leçons cliniques sur l'hystéro-traumatisme et, d'après lui, si l'hystérie peut se

1. Strümpell. *Ueber die traumatischen Neurosen*. Berlin. *Klin.*, 1888, Heft 3.

développer à la suite du traumatisme, c'est une hystérie spéciale à part. « Si ces malades sont des hystériques, dit M. Grasset, du moins ne sont-ils pas des hystériques purs, des hystériques ordinaires » (1). Voilà les principaux arguments de cet auteur pour faire de l'hystéro-traumatisme une hystérie spéciale.

Tout d'abord l'hystérie ordinaire, l'hystérie vulgaire, dit M. Grasset, « est beaucoup plus rare chez l'homme que chez la femme, tandis que l'hystérie traumatique est plus rare chez la femme que chez l'homme. » Il admet bien que cette particularité s'explique par ce fait que l'homme est plus exposé aux traumatismes que la femme, mais cette considération ne suffit pas, d'après M. Grasset, pour expliquer ce fait si anormal (?).

Un autre argument de M. Grasset est relatif à l'absence d'antécédents héréditaires et personnels dans beaucoup de cas d'hystérie traumatique.

En 1891, M. Oppenheim (2), dans un article où il traite de la nature intime de l'hystérie, s'exprime dans les termes suivants, traduction textuelle : « Il y a une différence capitale entre une paralysie ou une anesthésie hystérique développée sous l'influence du traumatisme et la névrose traumatique

1. Grasset, *Leçons sur l'hystéro traumatisme, recueillies et publiées* par Bourget. Paris, 1889.

2. Oppenheim, *Thatsaechliches und hypothetischs über das Wesen der Hysterie*. Berlin. Klin. Wochenschrft., 23 juin 1890, n. 23, p. 554.

du fait même de la curabilité des manifestations. D'un côté, l'état hystérique nous vient en aide, car, par une excitation relativement faible, on peut mettre en œuvre l'émotivité qui rétablit la capacité de conduction ; dans la névrose traumatique, cet état fondamental nous fait défaut, et par là nous est fermé le chemin le plus commode pour le rétablissement de la conductibilité nerveuse une fois coupée. »

Dans une analyse de ce travail faite par M. Mœbius, ce dernier dit : « Je voudrais m'élever contre la séparation voulue par M. Oppenheim entre la névrose traumatique et l'hystérie. Mon opinion est que, sur le terrain pratique, il faut conserver le nom de névrose traumatique ; mais par l'observation scientifique, cette névrose apparaît comme une forme de l'hystérie. En ce qui regarde la curabilité, ajoute l'auteur, M. Charcot a depuis longtemps démontré que l'hystérie traumatique masculine et la soi-disant névrose traumatique sont aussi difficilement curables l'une que l'autre ».

En 1891 apparaît un nouvel ouvrage de M. Page, chirurgien, de la « *London and North Western Company* », dans lequel cet auteur écrit : « Personne de raisonnable ne peut douter, après la lecture des travaux de Charcot, d'Oppenheim, de Strümpell, de Thornburn, de Dreschfeld, de Weir Mitchell et de bien d'autres, que les désordres hystériques soient enclins à suivre le traumatisme et à en être le résultat. Jamais, depuis aussi long-

temps que je sache, on n'a trouvé, pour les qualifier, un meilleur terme que celui d'hystérie traumatique. » Et M. Page qui a été le premier à assimiler l'état mental des traumatisés à celui des hypnotiques, comme on l'a vu plus haut, c'est-à-dire des hystériques, ajoute plus loin comme conclusion : « Une étude très soigneuse des écrits d'Oppenheim me conduit à cette conclusion qu'il n'y a pas une très grande différence entre ses opinions et celles que j'ai moi-même mises en avant. »

Tout récemment, au moment même où nous écrivons ces lignes, MM. Strümpell et Wernicke, rapporteur, au douzième congrès de médecine interne tenu à Wisbaden (séance du 13 avril 1893), ont soulevé de nouveau la question des névroses traumatiques.

En ce qui concerne la nature et l'étiologie de l'affection, les vues exposées par M. Strümpell, quoique un peu différentes de la doctrine française, ne sont pourtant pas en contradiction avec elle. Comprenant sous le nom de névroses traumatiques un ensemble de troubles en relation étiologique avec un trauma et sans relation causale, en raison de leurs allures cliniques, avec une lésion grossière du système nerveux périphérique ou central, ce médecin estime que dans la plupart des cas ce n'est pas une action mécanique, mais une influence purement psychique (effroi, surexcitation de l'imagination) coïncidant avec le trauma, qui produit, soit un état d'abord plus ou moins hypocondria-

que aboutissant souvent à un syndrome névrosique à identifier absolument avec l'hystérie traumatique, soit un état simplement neurasthénique, hypocondriaque ou mélancolique, qu'il déclare essentiellement apparenté à l'hystérie. Cette thèse étiologique de M. Strümpell s'écarte donc peu de la conception française de l'hystérie traumatique. Nous ne reproduirons pas ici les détails de la discussion qui ne constitue que la répétition des opinions que nous avons exposées plus haut. Il faut seulement noter ceci: Quoique la dénomination de névroses traumatiques ait été généralement approuvée par les médecins allemands qui, avec M. Bäumer, trouvent l'avantage à en séparer ainsi les troubles nerveux dus aux traumatismes avec lésions organiques, mais ils redoutent, en pratique, la facilité avec laquelle on serait porté à formuler le diagnostic de névrose traumatique en raison de la seule connaissance d'un trauma préalable. Aussi exigent-ils, pour obliger à un examen plus approfondi, la répartition des cas individuels dans des groupes principaux, désignés sous les noms d'hystérie, de neurasthénie, d'hypocondrie traumatique.

ÉTUDE CLINIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

Ce groupe d'affections nerveuses, relativement nouveau, au moins comme description, qu'on connaît maintenant sous le nom d'hystéro-traumatisme, est caractérisé par les éléments suivants : on trouve, d'une part, un traumatisme qui constitue le phénomène initial et, d'autre part, des phénomènes très caractérisés, importants, souvent tenaces constitués par des troubles nerveux dont nous nous proposons de donner un aperçu général dans ce chapitre.

Et tout d'abord il importe de savoir que la plus légère lésion, le moindre coup, suffisent aussi bien que les plus grands traumatismes, pour provoquer l'apparition des symptômes hystériques. Il faut ajouter à cela qu'il n'y a généralement pas de rapport entre l'intensité du traumatisme et la gravité des accidents nerveux. On s'en rend compte d'une manière très évidente en constatant que, parmi les victimes des collisions de chemin de fer, ce ne sont pas les individus les plus gravement blessés qui deviennent hystériques ensuite. On pourrait presque dire, que c'est le contraire qui est vrai le plus souvent, et à ce point de vue il n'y a réellement

que peu de proportion entre l'intensité des effets produits et celle de la cause. Le malade qui doit plus tard souffrir des manifestations de ce genre, ne reste généralement pas sur le carreau après le sinistre. Il peut le plus souvent regagner sa destination d'une manière ou d'une autre, soit en montant dans un autre train, soit même quelquefois à pied, ainsi que le fait a été constaté lors du terrible accident arrivé en 1881 à Charenton sur la ligne du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. Le malade se soigne alors des quelques contusions dont il a été atteint, et c'est alors que l'incident hystérique fait son apparition (1).

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : légèreté du traumatisme lui-même, mais intensité de l'émotion morale, de l'ébranlement nerveux qui l'accompagne. Dans la plupart d'observations des auteurs on trouve ces deux mêmes caractères. Si dans quelques cas on a observé des traumatismes violents, tamponnement par une locomotive, coup de massue sur la tête, le plus souvent, au contraire, le traumatisme était des plus légers : entorse insignifiante, brûlure superficielle, coupure par un éclat de verre, etc. Le cocher célèbre de M. Charcot était tombé de son siège, mais il a pu continuer à conduire son cheval longtemps encore. Et cette autre malade de M. Charcot qui contracte

1. Vibert, *Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, Paris, 1888.

une paralysie de la main après avoir donné de cette main un soufflet à son enfant au milieu d'une violente colère (1).

Brodie, qui a décrit le premier les accidents hystériques consécutifs au traumatisme, rapporte des cas où, à la suite d'une légère piqure, d'une contusion insignifiante, d'une saignée, on voit apparaître des accidents hystériques dont la gravité et la persistance sont peu en rapport avec la cause qui les a provoqués.

Mais si la nature et l'intensité du traumatisme ont peu d'importance au point de vue des manifestations hystériques, il n'en est plus de même du siège de la lésion.

En effet, le siège du traumatisme a une influence assez considérable au point de vue de la localisation des phénomènes nerveux.

Nous verrons plus loin que, d'après la théorie de l'Ecole de la Salpêtrière, c'est par le mécanisme de la suggestion qu'on peut expliquer la plupart de ces faits de manifestation locale de l'hystérie en rapport avec le siège du traumatisme.

Ces localisations de l'hystérie en rapport avec les divers traumatismes peuvent être très variées. On connaît bien depuis les leçons de M. le professeur Charcot l'influence des chutes ou des coups sur les monoplégies ou paraplégies et les contractures des membres qui en ont été le siège.

1. Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 111.

Un choc sur l'épaule est suivi souvent d'une monoplégie brachiale ; une chute ou un coup sur la hanche peut provoquer l'apparition d'une coxalgie hystérique.

Le traumatisme peut provoquer l'hystérie chez des individus qui ne présentaient jusque-là aucune manifestation de cette névrose, ou bien cette cause ne fait que réveiller la diathèse hystérique. Dans certains cas il provoque la névrose et exerce une influence spéciale sur la forme ou la localisation du premier accident constaté. Dans d'autres, l'hystérie existe déjà, et cet agent provocateur ne fait qu'imprimer son cachet à un incident de passage, pour ainsi dire.

Ces faits ne sont nullement en contradiction avec la notion du rôle du traumatisme dans les manifestations des accidents hystériques. Car on n'accorde au traumatisme que le rôle de simple cause occasionnelle, il réveille donc aussi bien l'hystérie qu'il la provoque chez les sujets prédisposés.

Mais l'hystérie, qu'elle soit provoquée par un traumatisme ou par un autre agent quelconque, conserve toujours ses traits principaux, elle reste identique à elle-même, ce qui permet de faire le diagnostic de la grande névrose à travers les agents provocateurs si multiples et si variés.

Le traumatisme, pas plus qu'un autre agent provocateur, n'imprime à l'hystérie aucun caractère qui soit spécial à cette cause étiologique. De

telle sorte que en l'absence des commémoratifs, il serait impossible de distinguer l'hystérie d'origine traumatique d'avec une hystérie de toute autre cause étiologique. Seule la connaissance des commémoratifs dans chaque cas particulier permet de faire cette distinction.

M. le professeur Charcot a démontré cette vérité, dans deux de ses leçons cliniques où il a montré à ses auditeurs un certain nombre de cas d'hystérie à étiologies diverses, tous également semblables entre eux, et il a fait remarquer l'impossibilité de fixer, pour chacun d'eux, l'agent causal qui a provoqué la névrose, sans l'aide des commémoratifs.

Tout ce que l'on peut dire, et encore d'une façon tout à fait générale, c'est que l'hystérie locale, se rencontre plus souvent dans les cas d'hystéro-traumatisme que dans les autres.

Il ne faudrait pourtant pas croire que le traumatisme ne provoque que ces cas d'hystérie locale, monosymptomatique, d'après la dénomination que leur a donné M. Charcot, qui sont souvent d'un diagnostic très difficile. Le traumatisme peut provoquer l'hystérie convulsive, avec attaques classiques de la névrose. Nous citerons plus loin une observation de M. Huchard, laquelle est un exemple de ce genre.

On prévoit donc que les symptômes de l'hystéro-traumatisme ne diffèrent pas dans leurs traits

principaux des symptômes de l'hystérie commune connue de tout le monde et de tout temps.

Mais l'hystérie, cette grande névrose, est une très grande et parfaite simulatrice. C'est là son caractère, sa nature même. Il ne faut donc pas s'étonner de voir l'hystérie traumatique simuler quelquefois les affections les plus diverses.

Brodie insistait déjà (*loc. cit.*) sur la difficulté de diagnostic des manifestations hystériques locales, et il faut se rappeler que l'hystérie traumatique revête souvent cette forme de l'hystérie. Les arthralgies hystériques d'origine traumatique peuvent parfaitement simuler des affections articulaires à lésions profondes, une coxalgie par exemple. Il y a souvent une difficulté très grande de distinguer ces arthralgies *sine materia* des arthropathies organiques (1). Ce diagnostic est particulièrement difficile quand il s'agit de la hanche.

Les paralysies hystéro-traumatiques entraînent parfois des troubles nutritifs et, en particulier, l'atrophie musculaire; dans des cas plus rares, on peut observer l'hypothermie, la coloration violacée de la peau (Babinski). Ces paralysies peuvent donc simuler toutes les maladies organiques du système nerveux.

M. Huchard a rapporté une observation (2) con-

1. Voir à ce sujet : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 371.

2. Huchard, *Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides*. *Union méd.*, 1882, 35.

cernant une malade qui a reçu un coup de poing au creux épigastrique ; deux jours après, elle a eu une hématomèse abondante qui se répète ensuite un grand nombre de fois. « Je crois, dit M. Huchard, à l'existence d'un ulcère de l'estomac d'origine traumatique, comme on en a cité quelques exemples. Mais ces hémorrhagies se montrent surtout à l'époque des règles, elles persistent abondantes pendant huit mois sans aucune altération de la santé générale, elles disparaissent un beau jour sans cause, après avoir défié tous les traitements, et font place à des convulsions nettement hystériques. Alors le vrai diagnostic était déjà nettement établi sur ces deux caractères : apparition des hémorrhagies au moment des menstrues, conservation de l'embonpoint avec intégrité de la santé générale malgré l'abondance et la répétition de ces hémorrhagies. »

Passons maintenant à la symptomatologie.

D'une façon générale, on peut grouper les troubles nerveux provoqués par un traumatisme sous trois chefs : troubles de la sensibilité, de la motilité, état mental.

Nous ne parlons ici que des troubles nerveux consécutifs au traumatisme considérés généralement, en France au moins, comme de nature hystérique.

Il est certain que d'autres affections nerveuses peuvent être la conséquence d'un traumatisme. Affections nerveuses *sine materia*, comme, par

exemple, la paralysie agitante, la neurasthénie ou la neurasthénie combinée à l'hystérie, comme on a vu un certain nombre de faits. Mais parmi les névroses consécutives au traumatisme, c'est l'hystérie qui se rencontre le plus souvent d'après l'École de la Salpêtrière. Le traumatisme peut sans doute produire dans certains cas des lésions nerveuses organiques. Les cas véritables de contusion de la moelle et du cerveau par suite de chute ou de coups sont connus. Mais nous ne parlons pas de tous ces cas qui sont en dehors de notre sujet. C'est l'hystérie consécutive au traumatisme qui nous occupe seule ici, et dont le nombre d'observations publiées est assez considérable pour qu'on puisse considérer son existence comme hors de toute contestation.

Nous commençons par les troubles de la motilité. Ils consistent principalement en attaques *convulsives, paralysies et contractures*.

L'attaque convulsive varie depuis la simple syncope, le plus faible degré de la petite attaque hystérique, jusqu'à la grande attaque avec perte de connaissance, grands mouvements, attitudes passionnelles, etc. On la trouve mentionnée dans un grand nombre des observations chez les traumatisés.

Les paralysies sont très fréquentes. Paralysie flasque en général, quelquefois combinée à un certain degré de contracture. Le tableau clinique peut être uniquement constitué par une paralysie

flasque qui a une distribution habituellement monoplégique, monoplégie brachiale ou monoplégie crurale. Le membre est inerte et flasque. Ces paralysies peuvent être moins étendues et on a alors des paralysies segmentaires (paralysie de la main, cité plus haut). La face, dans ces cas, reste généralement intacte.

Les contractures paraissent être moins fréquentes, mais on les trouve notées dans un certain nombre d'observations. Elles s'accompagnent souvent d'anesthésie. Qu'il s'agisse de contractures ou de paralysies, surtout dans ces dernières, dans tous les cas, même ceux où l'atrophie musculaire survient, on note l'absence de modifications dans les réactions électriques des muscles atteints. Il faut aussi signaler l'absence habituelle de troubles trophiques même dans les cas anciens et rebelles, quoique à cet égard il y ait lieu d'admettre quelques exceptions.

Comme troubles de la sensibilité, au premier rang se placent les anesthésies qui sont superficielles ou profondes, absolues ou incomplètes, disséminées irrégulièrement en plaques ou délimitées sous forme d'hémi-anesthésie, ou bien encore affectant les formes très spéciales en manche de veste, en gigot, etc.

Dans nombre de cas, l'anesthésie cutanée est accompagnée d'anesthésies sensorielles diverses, telles que surdité, anosmie, agustie. Des troubles oculaires : amblyopie, rétrécissement con-

centrique du champ visuel avec ou sans dyschromatopsie et inversion du champ visuel des couleurs, accompagnée de diplopie monoculaire. Puis, généralement, anesthésies des muqueuses, de la conjonctive, du pharynx du côté hémianesthésié. On observe également de l'hypéresthésie. Elle se présente généralement par plaques, tantôt simplement hypéresthésiques, tantôt produisant par l'excitation ou la pression, des phénomènes spéciaux précédant l'attaque des nerfs et l'annonçant. Il est fréquent de voir ainsi le point qui a été frappé par le traumatisme devenir le siège d'une de ces plaques hypéresthésiques ou spasmogènes.

Ces hypéresthésies ont pour caractère d'être souvent superficielles. Le frôlement, le pincement de la peau produit souvent à leur niveau beaucoup plus d'effet qu'une pression énergique et profonde.

L'hypéresthésie des sens est plus rare, mais on la trouve cependant quelquefois chez les traumatisés, au moins au début des accidents nerveux ou dans cette période de shock pendant laquelle le moindre bruit, la moindre lumière un peu vive sont perçus avec une intensité douloureuse.

Tous ces symptômes peuvent se combiner entre eux dans des proportions très variables, et même l'un ou l'autre peut faire complètement défaut.

L'état mental des traumatisés est généralement sombre; les malades sont tristes, déprimés, mélancoliques d'une façon permanente; leur attention

est continuellement attirée sur leur maladie, le sommeil troublé par des cauchemars effrayants ; ils ont souvent des hallucinations. Ces cauchemars, ces hallucinations, dont on faisait autrefois le monopole de l'alcoolisme, M. Charcot a démontré qu'on peut les rencontrer aussi chez les hystériques à l'état mental sombre, en particulier dans l'hystérie mâle (1).

Nous avons vu plus haut (historique) que cet état mental chez les traumatisés a été un des arguments des auteurs allemands contre l'opinion française sur l'hystéro-traumatisme.

Un autre caractère qu'on rencontre aussi très souvent dans les cas d'hystérie consécutive au traumatisme, c'est la fixité, la ténacité des symptômes.

Mais ces deux caractères : état mental sombre et ténacité des symptômes, peuvent se voir dans l'hystérie à étiologie autre que le traumatisme.

Dans ses leçons sur l'hystérie chez l'homme, M. le professeur Charcot a démontré que les stigmates hystériques, l'anesthésie en particulier, sont loin d'être toujours fugaces et mobiles même chez la femme. A l'appui il a présenté, comme exemples, deux vieilles pensionnaires de la Salpêtrière chez lesquelles persistaient sans modification l'anesthésie sensitivo-sensorielle, depuis

1. Charcot, *Hystérie chez l'homme. Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.

quinze ans pour l'une, depuis trente-quatre ans pour l'autre. De plus, cet auteur a fait voir que dans l'hystérie masculine très accusée, c'est l'état mental triste, déprimé, hypochondriaque qui est plutôt la règle et non pas le caractère mobile.

En somme, il résulte de l'étude que nous avons faite ici, que le traumatisme peut provoquer l'hystérie ou la réveiller ; le siège du traumatisme détermine souvent la localisation de ses manifestations. Les symptômes en général sont ceux de l'hystérie ordinaire.

Dans un travail paru en 1867, M. Charcot, parlant des rapports du traumatisme et du rhumatisme, s'exprimait ainsi : « Les causes traumatiques peuvent déterminer à la fois l'explosion de la maladie et le siège primitif qu'elle doit occuper... Nous possédons aujourd'hui plusieurs observations dans lesquelles le rhumatisme aigu ou chronique s'est développé à la suite d'un coup, d'une chute, d'un phlegmon, d'un panaris et a débuté par l'articulation la plus voisine du point lésé » (1). On pourrait actuellement appliquer ces mots, sans modification aucune, à l'hystéro-traumatisme.

Quelques mots sur le mode de développement de l'hystérie traumatique.

M. Guinon, étudiant dans sa thèse le mode de développement de l'hystérie sous l'influence de différents agents provocateurs, en distingue deux principaux.

1. Charcot, *Gazette des hôpitaux*, 1867.

D'après cet auteur, on peut distinguer des cas dans lesquels les accidents font leur apparition peu de temps après que l'agent provocateur a exercé son action, et d'autres dans lesquels l'hystérie n'apparaît que beaucoup plus tard. « Bien entendu, ajoute M. Guinon, cette distinction n'est pas d'une rigueur absolue, et il existe entre les deux catégories toutes les transitions que l'on peut imaginer. En effet, il est bien difficile de dire si l'on doit ranger dans la seconde tel fait où l'hystérie a paru un mois après l'action de l'agent provocateur par exemple, lorsque l'on sait qu'elle peut éclore des années après. On serait peut-être tenté en se plaçant à ce point de vue de faire rentrer ce fait dans des cas à début rapide. Mais d'autre part le début après une période d'un mois doit sembler réellement tardif, si l'on se rapporte aux cas où il a lieu soit immédiatement, ce qui est rare d'ailleurs, soit quelques jours après l'action de l'agent provocateur. »

On comprend facilement que de pareilles considérations ne peuvent s'appliquer qu'aux cas où l'agent provocateur est un de ceux dont la durée est relativement courte ou du moins peut être évaluée avec certitude. Elles sont donc particulièrement applicables à l'hystéro-traumatisme.

Des cas d'hystéro-traumatisme à début immédiat sont connus. On en trouve dans tous les travaux publiés, soit sur les névroses traumatiques, soit sur l'hystérie d'origine traumatique. Un cer-

tain nombre de ceux qui sont rapportés par M. Vibert sont très intéressants, en ce sens que les malades ayant été examinés dès le début au point de vue médico-légal, la filiation et la succession des accidents ont pu être notées avec soin. Cependant, dans la majorité des cas, il s'écoule un temps, plus ou moins long, entre l'apparition des manifestations hystériques et le moment où s'était produit le traumatisme. Cet intervalle est noté dans la plupart des observations sur l'hystérie développée sous l'influence d'une action locale ; il est très variable comme on l'a vu.

A côté des cas à début immédiat ou à début plus ou moins rapproché du traumatisme, on en connaît un certain nombre où l'hystérie n'est apparue qu'un an, deux ans et plus encore après la cause qui l'a provoquée. Ces cas à début aussi tardif sont rares et peu connus. On en trouve cependant un certain nombre dans les auteurs. Il y en a dans le dernier travail de M. Oppenheim. M. Guinon dans sa thèse cite un cas d'un individu qui avait été atteint d'accidents hystériques plus d'un an après avoir été pris dans un éboulement. Ce même auteur a rapporté un autre cas qui lui a été communiqué par M. Marie, et où il s'agit d'un cas d'hystérie développée deux ans et demi après un traumatisme. Ces cas à début retardé sont surtout intéressants au point de vue médico-légal.

Quel est le pronostic de l'hystéro-traumatisme ?
« Il ne faudrait pas se laisser tromper par cette

appellation d'accidents hystéro-traumatiques, dit M. le professeur Grasset, et ne voir là qu'une infirmité passagère et sans aucune gravité. La victime ne reste pas un simple névrosé, elle peut devenir un infirme. »

La guérison est la règle, mais elle peut ne survenir qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Le pronostic doit donc être très réservé.

Mode d'action du traumatisme. — On pourrait, d'une manière tout à fait générale, distinguer deux catégories de faits dans les manifestations hystériques consécutives au traumatisme. Dans un premier groupe se placeraient les faits où dominent les accidents d'hystérie locale ; dans un second ceux où la névrose se manifeste sous une forme plus générale, sans localisation spéciale dominant particulièrement la scène.

D'après M. le professeur Charcot, la majorité des cas d'hystérie locale se produisent par suite d'un phénomène d'auto-suggestion inconsciente. Cette opinion est maintenant admise par la plupart des auteurs. Les auteurs allemands, M. Oppenheim entre autres, se sont ralliés à cette théorie. Mais M. le professeur Grasset (de Montpellier) la repousse. Les principaux arguments, sur lesquels se base cet auteur, sont les suivants : la non-identité constante des accidents hystéro-traumatiques avec les troubles développés par la suggestion

hypnotique, l'impossibilité de défaire par la suggestion ce que celle-ci avait fait. Mais nous n'entrerons pas ici dans les détails de cette théorie de l'auto-suggestion. On trouvera cette question développée dans la thèse de M. Guinon (Thèse citée).

Le mécanisme de l'auto-suggestion peut être et a été invoqué dans la production des phénomènes locaux de l'hystérie dans des cas où l'hystérie a été provoquée par une autre cause que le traumatisme, dans les paralysies hystéro-saturnines par exemple.

« Le traumatisme, dit M. Guinon, vient ici en première ligne et après lui les émotions morales. Mais ce n'est pas tout, et on va voir que la plupart des agents provocateurs de l'hystérie peuvent par quelque côté particulier être le point de départ d'un travail d'auto-suggestion chez l'individu qui y est soumis. »

Mais à côté des cas où le mécanisme par auto-suggestion peut être invoqué pour expliquer la production des accidents hystériques sous l'influence d'une action locale, il y a toute une catégorie d'autres faits où il ne peut être question d'une semblable interprétation. Ils présentent ceci de spécial qu'on rencontre parmi eux beaucoup moins de cas d'hystérie locale.

L'hystérie provoquée par un accident local ne se manifeste souvent par aucun phénomène local subjectif; on constate une héli-anesthésie sensi-

tivo-sensorielle par exemple, un état mental sombre, des attaques convulsives. Le mécanisme par l'auto-suggestion ne peut donc pas expliquer ici les phénomènes hystériques.

HYSTÉRO-TRAUMATISME INTERNE

Il nous a été donné d'observer dans le service de M. le professeur Potain deux cas d'hystérie développée sous l'influence de colique néphrétique. Nous avons rencontré plus tard un troisième cas dans le service de M. le Dr Rigal à l'hôpital Necker.

Notre très vénéré maître, M. le professeur Potain, nous a conseillé de faire le sujet de notre thèse inaugurale de ces cas d'hystérie à étiologie encore inconnue, au moins d'une manière nette et précise.

Dans la littérature médicale nous n'avons trouvé aucune observation précise sur ce sujet. Le seul document que la littérature possède sur la question, c'est la leçon clinique faite par M. Potain à la Charité à propos des cas dont nous rapportons plus loin les observations. Cette leçon a été publiée dans la *Semaine médicale* du 9 décembre 1891.

Mais quelques faits signalés par les auteurs qui traitent des affections calculeuses du foie en particulier, nous font penser que l'hystérie provoquée ou réveillée par le passage de calcul à travers les voies biliaires ne doit pas être exception-

nelle, et il nous semble que dans certains cas de colique hépatique ou de colique néphrétique l'hystérie provoquée par ces accidents est restée méconnue tout simplement parce qu'on n'y a pas songé, qu'on ne l'a pas cherchée, habitué comme on est de voir des troubles nerveux divers et nombreux à la suite de ces affections.

Ces troubles nerveux de la colique hépatique ou de la colique néphrétique se manifestent, on le sait, par des irradiations douloureuses très éloignées parfois, par des convulsions épileptiformes, hystériformes, éclamptiformes (Bax de Corbie).

« Rien n'est étrange parfois, dit M. Potain (1), comme ces irradiations douloureuses de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. Elles se manifestent souvent bien loin du siège originel du mal. J'ai vu une dame chez laquelle la colique hépatique se traduisait uniquement par une douleur extrêmement vive au niveau de la tempe droite ; cette douleur passait ensuite à gauche et la crise était finie ; le lendemain, on trouvait le calcul dans les selles. Chez une autre c'était une douleur vague dans l'épaule avec une céphalalgie intense ; chez une autre encore c'était une forte névralgie dentaire qui marquait l'accès de colique. »

« De ces irradiations douloureuses, écrit

1. Potain, *Semaine méd.*, 9 décembre 1891. *Hystéro-traumatisme interne.*

M. Charcot (1) il convient de rapprocher celles qui s'opèrent dans la sphère motrice et qui se traduisent par des convulsions tantôt générales et tantôt partielles. Ces dernières ont été l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Duparque qui les a décrites dans un mémoire spécial. Ce sont des convulsions épileptiformes qui affectent d'abord les muscles de la région abdominale antérieure du côté droit, puis s'étendent successivement dans le membre supérieur et, enfin, quelquefois même dans la moitié de la face du même côté. »

Quoi d'étonnant, dirons-nous avec M. le professeur Potain, à ce qu'une excitation intense capable de provoquer par voie réflexe des accidents si éloignés et si complexes, provoque l'hystérie.

Voici quelques-uns des faits auxquels nous avons fait allusion plus haut.

M. Bax de Corbie rapporte entre autres l'observation suivante qui paraît rentrer complètement dans notre sujet (1).

Il s'agit d'une dame âgée de 45 ans, mère de plusieurs enfants, nerveuse, un peu dypseptique ; elle est sujette à des coliques hépatiques.

« Je l'ai vue, dit l'auteur, la première fois il y a trois ans, en pleine crise hépatique. Elle était couchée et souffrait depuis longtemps. Depuis le début de ses douleurs, elle avait eu, me dit son

1. Charcot, *Leçons sur les maladies du foie et des reins*.

2. Bax de Corbie, *Considérations sur les cas de colique hépatique*. *Union médicale du Nord-Est*, 1879.

mari, deux attaques nerveuses. Je l'examinai avec peine, car elle s'agitait beaucoup, et gémissait sans répondre à mes questions. A un moment donné elle pousse un cri et s'affaisse. Puis sa figure se contracte, se tord en grimaçant, ses poings fermés frappent sa poitrine à coups redoublés pendant plus de cinq minutes, sans que mes efforts joints à ceux de son mari puissent faire cesser ces coups peu inoffensifs pour elle. Bientôt après, elle se roule d'un côté du lit à l'autre, fait des bonds qui la feraient tomber à terre si on n'y prenait garde, crie, gesticule de toutes façons. Cette scène navrante dure un bon quart d'heure, elle est saisie presque sans transition d'un calme complet, pendant lequel elle paraît avoir perdu conscience de ses souffrances et du monde extérieur. Puis, peu à peu la connaissance apparaît ; elle ouvre les yeux, regarde effarée autour d'elle, et bientôt, la colique hépatique continuant, elle recommence à se plaindre pendant une heure ou deux, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise nerveuse, analogue à la précédente revienne apparaître. »

Les coliques hépatiques reviennent à plusieurs reprises pendant plus de deux mois. Les convulsions apparaissent de temps en temps, et elles cessent complètement quand les crises de coliques hépatiques ont disparu. Il paraît d'ailleurs que les attaques nerveuses n'étaient pas toujours semblables ; quelquefois, dit l'auteur, la crise avait plus de ressemblance avec l'épilepsie, tandis que celle

dont il a été témoin la première fois, il la reconnaît comme une attaque absolument semblable à une attaque d'hystérie.

« Mais, ajoute-t-il, jamais dans l'intervalle de ses coliques, cette femme n'a eu la moindre convulsion, rien qui pût faire croire qu'elle était atteinte d'hystérie ou d'épilepsie. »

Il reste seulement à regretter que les stigmates hystériques n'ont pas été constatés. Nous sommes presque convaincu qu'on les aurait trouvés et le diagnostic d'hystérie serait ainsi complété. Mais, même en l'absence de ces signes, l'attaque décrite par M. Bax de Corbie nous semble assez caractéristique pour qu'on puisse penser qu'il s'agissait là d'un cas d'hystérie provoqué par les coliques hépatiques.

Dans l'ouvrage de M. Cyr sur les maladies du foie (1) nous lisons le passage suivant : « Il est bon de savoir que la crise hépatique peut provoquer le réveil de quelque crise d'hystérie ou d'épilepsie chez les sujets affectés de l'une ou de l'autre de ces maladies. »

Dans le même livre de M. Cyr (p. 131) nous avons rencontré une page bien plus intéressante encore au point de vue qui nous occupe ici. L'auteur décrit l'état mental des hépatiques en général, seulement on le rencontre surtout, ajoute-t-

1. Cyr, *Traité pratique des maladies du foie*, Paris, 1887, p. 689.

il, chez les malades atteints de lithiase et sujets aux coliques hépatiques.

« Les hépatiques, lisons-nous, sont en général très préoccupés de leur maladie et fort disposés à s'exagérer la gravité de leur situation. Nous avons constaté ce fait chez de toutes jeunes femmes que leur âge, leur position sociale et autres circonstances devaient défendre contre toute invasion d'idées noires, et dont le caractère avait complètement changé depuis l'apparition de leur affection hépatique, le plus souvent la lithiase biliaire.

« Il semblerait cependant qu'il y ait dans les affections du foie en général une influence particulière sur le moral que nous nous bornons à signaler, mais que nous ne nous chargeons pas d'expliquer. Cette influence s'est manifestée de la façon la plus nette sur une dame, cliente du Dr Faivre (de Paris) que nous avons eu l'occasion de soigner en 1866. Cette dame, qui n'était nullement névropathe et pas même nerveuse, mais au contraire très insouciant et très gaie, fut prise brusquement d'une violente crise de coliques hépatiques que rien n'avait semblé faire présager (en apparence seulement) et à la suite de laquelle survint un ictère intense. C'est peu de jours après que la jaunisse fut établie que, à son grand étonnement et au grand étonnement de son entourage, la malade fut prise d'envie subite de pleurer, espèce de crises de larmes, survenant sans motif appréciable, et disparaissant au bout de quelques

instants, pour reparaitre à un autre moment d'une façon aussi inattendue. »

Cet état mental de la malade en question ressemble beaucoup à celui d'une hystérique. Elle n'était pas hystérique avant sa colique hépatique. Nous n'avons pas assez d'éléments pour pouvoir affirmer ici l'existence de l'hystérie, mais la chose nous paraît très probable. Elle n'avait pas d'attaque comme la malade de M. Bax de Corbie, mais nous ne savons pas si cette malade ne présentait pas quelques signes objectifs de l'hystérie. Il est donc tout à fait vraisemblable qu'il s'agit là aussi d'un cas d'hystérie provoquée par la colique hépatique.

Dans la plupart des cas semblables que nous avons pu trouver dans les auteurs, les renseignements au point de vue des stigmates hystériques manquent complètement, et cela se comprend, car pour chercher ces stigmates il faut penser à l'hystérie. Nous nous bornerons donc aux cas cités et nous passerons à nos propres observations.

OBSERVATION I

Mar. Victor, âgé de 53 ans, employé. Entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Potain, salle Bouillaud, le 25 septembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Pas de rhumatisme ni goutte dans la famille. Nous n'avons pas de renseignements nets au point de vue de l'hérédité nerveuse.

Antécédents personnels. — A dix ans tumeur blanche du genou, suivie de luxation spontanée du tibia en arrière.

Migraine pendant la jeunesse.

A l'âge de vingt cinq ans fracture du tibia. Il y a quatre ans rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie. Il y a trois ans rhumatisme blennorrhagique du genou et de l'épaule droite. Pas d'ankylose consécutive.

Depuis deux ou trois mois douleurs continues dans l'aine et le scrotum du côté droit.

Six jours avant son entrée à l'hôpital le malade fut pris brusquement, au milieu de son travail, d'une douleur très vive dans la région lombaire : cette douleur persistante s'exagérait par la pression et pendant les mouvements du malade. Elle s'irradiait dans l'aine et le scrotum. Diminution de la quantité d'urine, qui est trouble et laisse au fond du vase un dépôt abondant et des graviers très fins au dire du malade. Hématurie légère.

Etat actuel. — A l'examen du malade on constate qu'il est maigre et pâle.

On provoque une douleur assez vive par la pression au niveau du rein droit et le long de l'uretère droit.

Rien au cœur ni dans les poumons.

Pas de fièvre.

Foie normal. — Pas de troubles digestifs.

Comme trouble nerveux on constate : une hémianalgésie droite. Diminution du réflexe pharyngé. Pas de modifications appréciables des sens.

4 mars 1890. Le malade quitte le service.

Au mois de novembre de la même année il rentre de nouveau pour une seconde atteinte de colique néphrétique du côté droit également.

L'examen fait au point de vue des troubles nerveux a révélé les signes suivants :

Une analgésie droite avec diminution de la sensibilité générale.

Diminution de l'acuité visuelle.

Rétrécissement du champ visuel.

Le 14 février. — Un nouvel examen fait constater la persistance des stigmates indiqués plus haut et on constate un nouveau signe, à savoir, une diminution de l'acuité auditive, surtout du côté droit.

Les crises douloureuses se produisent de temps en temps, quelquefois à l'intervalle de trois ou quatre jours.

29 février. — Le malade n'a pas eu de crises douloureuses depuis plus de quinze jours.

Les troubles nerveux persistent, mais sensiblement atténués.

Le malade quitte l'hôpital.

Mais le 29 avril il vient pour la troisième fois.

Il a été repris des douleurs violentes qui se localisent, comme les fois précédentes, dans la région du rein droit avec irradiation.

Pas de stigmates hystériques.

Quinze jours plus tard un nouvel examen a fait constater :

Une hémianalgésie à droite.

Rétrécissement du champ visuel droit. Quelques jours plus tard on a trouvé la diminution de l'acuité auditive à droite.

16 novembre. — Légère colique.

Hémi-anesthésie complète pour tous les modes de la sensibilité.

Rétrécissement notable du champ visuel plus accentué à droite.

Abolition de la sensibilité du pharynx.

Diminution de l'acuité auditive à gauche.

27 novembre. — La douleur à la pression persiste sur le trajet de l'uretère droit.

Diminution du goût au niveau de la moitié droite de la langue.

L'odorat normal. Pas d'achromatopsie.

14 décembre. — Les douleurs ont presque disparu depuis une dizaine de jours.

Hémi-anesthésie droite peu accusée. Les autres stigmates également atténués.

Rétrécissement du champ visuel à droite persistant.

21 janvier. — Retour des phénomènes douloureux dans le trajet urétéral droit.

En même temps on constate une anesthésie de la jambe et du bras droit; engourdissement des mêmes régions.

Achromatopsie de l'œil droit pour toutes les couleurs.

Amblyopie droite.

Rétrécissement du champ visuel droit.

Le malade reste encore un certain temps à l'hôpital. Il finit par présenter tous les symptômes de la pyélite calculieuse.

Voici donc une observation qui nous paraît tout à fait probante.

En effet, ce malade a eu à plusieurs reprises les accidents de colique néphrétique. Nous n'avons pas vu les graviers, mais ces douleurs lombaires violentes propagées dans le flanc droit et dans les bourses, cette hématurie légère et enfin la pyélite calculieuse permettent d'affirmer l'existence de cette colique néphrétique. Il vient à l'hôpital lors de son premier accès et présente des stigmates nets d'hystérie.

On peut nous objecter qu'il n'y a peut-être là qu'une simple coïncidence et qu'il pouvait être hystérique avant sa colique néphrétique. Mais la suite de l'histoire de notre malade nous permet

de répondre à cette objection. On voit, en effet, d'après l'observation qu'au bout d'un certain temps les stigmates hystériques s'atténuaient, s'effaçaient peu à peu, quand survint une nouvelle attaque de colique et avec elle les stigmates hystériques de s'accroître de nouveau. La corrélation entre la colique néphrétique et l'hystérie paraît ici très évidente. Cette corrélation entre la crise de la colique néphrétique et l'apparition des stigmates hystériques a pu être constatée à plusieurs reprises chez ce malade. Il nous semble donc qu'aucun doute ne peut rester à cet égard.

On a pu remarquer que les stigmates hystériques n'apparaissent pas nécessairement peu après le début de l'accès de colique néphrétique. Ils peuvent ne se montrer qu'au bout d'un certain temps qui varie probablement beaucoup suivant les individus et même pour le même malade. C'est ainsi que à la suite du premier accès de colique néphrétique, on a constaté chez notre malade les stigmates peu de jours après (6 jours). Mais à la suite de la troisième atteinte l'examen fait plusieurs jours après n'a révélé aucun signe d'hystérie. Et c'est seulement au bout de quinze ou vingt jours qu'on trouve de nouveau des stigmates hystériques. Autre remarque à faire : le nombre des stigmates et leur intensité vont en croissant ; les signes par lesquels se révèle l'hystérie chez notre malade augmentent avec chaque nouvelle atteinte de colique néphrétique. Dans l'intervalle des accès, les stigmates per-

sistent un temps variable et s'atténuent graduellement à mesure qu'on s'éloigne de l'accès pour finir par disparaître presque complètement.

OBSERVATION II

Ag..., Marie, âgée de 24 ans, cuisinière. Entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Potain, le 24 novembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 59 ans.

Six frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Elle était depuis son enfance délicate, pâlotte, avait des essoufflements; souffrait fréquemment de maux de tête. A l'âge de 11 ans, en passant un soir sur le bord d'un lavoir, elle glissa et tomba dans l'eau. Le lavoir était assez profond, l'eau très froide (janvier); elle est restée plongée dans l'eau pendant une heure environ avant que quelqu'un vint à son secours. Il est facile de comprendre par quelles angoisses l'enfant était assaillie pendant tout le temps qu'elle resta dans l'eau. Elle a été transportée chez elle, et pendant cinq jours elle avait des frissons continuels. Au bout de ce temps les secousses du tremblement s'accrochèrent, des mouvements brusques incoordonnés se sont montrés dans les bras, dans la tête, des mouvements à grande amplitude. La malade avait la chorée. Cette chorée dura six semaines, puis disparaît progressivement sans traitement spécial.

Jamais de rhumatisme.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement, retard de deux ou trois mois, quantité minime.

Avec l'apparition de premières règles, elle eut une recrudescence de tous ses maux d'enfance.

Jusqu'en 1889, maux continus, céphalalgie, troubles digestifs, palpitations du cœur, essoufflements, de temps à autre l'œdème des membres inférieurs.

En janvier 1889, elle fut prise brusquement d'une douleur extrêmement vive dans la région lombaire gauche, douleur qui s'irradiait dans l'aîne et à la partie interne de la cuisse. En même temps surviennent des nausées et des vomissements et une anurie presque complète. Elle entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy où elle reste quatre mois.

Là on constate deux choses dans ses urines : des graviers et de l'albumine. On a diagnostiqué la colique néphrétique.

Ces symptômes n'ont jamais reparu depuis.

A la sortie de l'hôpital, quinze jours après environ, sans cause bien déterminée, à la suite d'une légère émotion, de petits ennuis, elle fut prise d'une attaque convulsive avec perte de connaissance.

Des attaques semblables se renouvèlent ensuite deux ou trois fois par semaine.

Puis peu à peu elles deviennent moins fréquentes et moins longues. En outre de ces grandes attaques, la malade en présente de légères qui se traduisent par une sorte de lipothymie, celle-ci sans perte de connaissance.

Depuis six semaines tous les symptômes augmentent, vomissements alimentaires, état nerveux, insomnie, cauchemars, etc. C'est pour tout cela et pour sa faiblesse générale que la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — En examinant la malade on la trouve pâle, décolorée, le pouls est mou, dépressible, la pression artérielle faible, 0,15 centimètres environ ; dans les vaisseaux du cou on perçoit un souffle assez intense accompagné de frémissement.

A l'auscultation du cœur, les bruits sont normaux, mais au-dessus de la pointe on entend un souffle méso-systolique qui présente les caractères de souffle extra-cardiaque. Le cœur quoique ne présentant aucune lésion organique, est augmenté de volume, et l'augmentation porte sur les cavités droites, mais il n'y a aucune affection pulmonaire.

La malade est dyspeptique depuis longtemps et il est probable que la dilatation du cœur est d'origine gastrique.

Troubles nerveux objectifs

Hémianesthésie qui occupe la moitié gauche du corps.

Diminution de l'acuité visuelle.

Rétrécissement du champ visuel plus accusé du côté gauche.

Ouïe normale.

Anosmie et perte du goût du côté gauche.

On provoque par la pression une douleur assez vive sur le trajet de l'uretère gauche. Point hystérogène sur ce trajet.

Reprenons les différents points de cette observation et essayons de faire ressortir le rapport qui existe entre certains éléments qui paraissent, au premier abord, être indépendants l'un de l'autre.

Nous nous trouvons ici en face de trois éléments principaux : la chloro-anémie, la chorée et des attaques convulsives. A côté de tout cela, la gravelle urinaire qui s'était traduite par une seule attaque de colique néphrétique.

Il est évident que la chloro-anémie date de l'enfance ; avec les renseignements peu précis qu'a donnés la malade, il était difficile d'établir si elle est ou non héréditaire.

Quant à la chorée, doit-on la considérer comme une chorée de Sydenham ou une chorée hystérique ? Il est difficile de répondre à cette question. On sait que la chorée de Sydenham débute, en général, lentement et disparaît de même progressivement, elle est caractérisée par des mouvements désordonnés ; souvent liée au rhumatisme elle s'accompagne assez fréquemment des complications habituelles de cette affection, endocardite ou péricardite. La chorée hystérique est une chorée rythmée ; elle débute soudainement, dure peu, parfois quelques jours et disparaît brusquement. Laquelle des deux avait notre malade. Si on s'en rapporte au récit de la malade, il paraît avoir existé dans son cas des signes de l'une et de l'autre affection. En effet, le début a été relativement brusque, puisque les mouvements choréïformes ont succédé à un frisson qui avait duré cinq jours ; c'est plutôt le début de la chorée hystérique ; mais ces mouvements désordonnés des membres, de la tête, semblent bien être les mouvements de la chorée vulgaire. Mais nous n'insisterons pas plus longtemps ; qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces deux maladies, ce qui n'est pas douteux, c'est que, sous l'influence du froid prolongé et d'une émotion vive qui a dû l'accompagner, notre malade, au lieu de faire une pneumonie ou une pleurésie, a réagi par son système nerveux et a fait une chorée.

En ce qui concerne les attaques nerveuses, on

pourrait se demander s'il s'agit d'hystérie ou d'épilepsie ? Les grandes attaques qu'avait notre malade ne peuvent pas nous éclairer beaucoup à ce sujet. Mais elle en avait aussi des petites, lesquelles permettent de trancher le litige en faveur de l'hystérie, car elles n'étaient jamais accompagnées de perte de connaissance, elles ne ressemblent, par conséquent, pas à du vertige épileptique. Il y a donc tout lieu de croire qu'à cette époque elle eut de véritables attaques d'hystérie.

D'autre part la malade présente des stigmates hystériques. On peut donc dire que cette femme a été et est encore hystérique.

Reste maintenant la colique néphrétique. Nous n'avons pas de preuve directe pour affirmer l'existence de cette colique, car nous n'avons pas vu les graviers. Mais la douleur décrite par la malade, le récit relatif à la présence dans ses urines de graviers et d'albumine qui ont été constatés dans le service de M. Dieulafoy, paraissent être une preuve suffisante que cette colique néphrétique à réellement existé.

Quel est donc le rapport à établir entre ces différents éléments ?

La cause qui a provoqué la chorée n'a pas besoin d'être discutée. Mais l'hystérie ?

Quel est l'agent qui l'a provoquée ? Cette femme n'était pas hystérique avant sa colique néphrétique. Peut-on l'attribuer à l'émotion ou aux légers ennuis qu'a eus la malade ? Il a fallu pour cela un

état tout particulier, une prédisposition spéciale, et cette prédisposition n'a pourtant pas toujours existé chez cette malade. Car, si elle eût existé au moment où la malade est tombée dans l'eau, elle serait à coup sûr devenue hystérique à cette époque. Il faut donc chercher ailleurs la cause de cette hystérie.

Que s'était-il passé depuis cette époque? On ne trouve qu'une seule chose : la malade a eu la colique néphrétique, et c'est cet accident qu'on doit considérer comme cause occasionnelle de la névrose. C'est en effet peu après la colique néphrétique que les crises d'hystérie ont apparû, en dehors de toute autre cause déterminante qu'une légère contrariété.

Nous ne savons pas au juste combien de temps après la colique néphrétique notre malade est devenue hystérique. La première attaque d'hystérie apparaît plus de quatre mois après le début de l'accident lithiasique. Il est possible qu'elle avait quelques stigmates avant d'avoir les attaques convulsives. Mais si même l'hystérie a mis plusieurs mois avant d'éclorre, cela ne doit pas nous étonner puisque nous savons que dans les cas d'hystéro-traumatisme, comme nous l'avons dit plus haut, les accidents hystériques n'apparaissent, le plus souvent, qu'un certain temps après le traumatisme.

D'autre part si nous supposons que cette chorée que la malade a eue à l'âge de 11 ans, était une chorée hystérique, il nous faut admettre que l'hys-

térie a, pour ainsi dire, sommeillé pendant une longue période de 11 ans. Dans ce cas-là, la colique néphrétique ne serait que la cause occasionnelle de réveil de l'hystérie. Comme tout autre agent provocateur de cette névrose, la colique néphrétique la provoque ou l'éveille suivant les cas.

M. Guinon, dans sa thèse, développe entre autres cette idée, à savoir, que chaque individu présente une résistance toute personnelle à tel ou tel autre des agents provocateurs de l'hystérie et quelquefois un certain nombre d'agents provocateurs peuvent réunir leurs efforts, lorsque l'un d'entre eux ne suffit pas pour produire l'éclosion de la maladie, et cet auteur ajoute que ce qui est vrai pour l'éveil de cette névrose, est vrai aussi en ce qui concerne le réveil de la maladie. Il en rapporte un certain nombre d'exemples bien intéressants à ce point de vue.

On pourrait appliquer cette manière de voir à notre malade.

En effet, l'émotion vive est une cause étiologique bien connue de l'hystérie. La chloro-anémie est une cause prédisposante. Toutefois notre malade ne devient pas hystérique sous leurs influences et ce n'est qu'à l'âge de 22 ans, époque à laquelle elle subit l'action d'un troisième agent provocateur, qu'elle devient hystérique.

OBSERVATION III

Capd..., Pauline, âgée de 50 ans, ménagère. Entre à l'hôpital Necker, service de M. le Dr Rigal, le 10 janvier 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 68 ans à la suite d'une affection cérébrale. Mère morte à l'âge de 33 ans de variole. Était très nerveuse, attaques de nerfs fréquentes qui paraissent être de nature hystérique.

Un frère nerveux et asthmatique.

Antécédents personnels. — A été bien portante jusqu'à l'âge de 28 ans. A cette époque, fièvre typhoïde. A l'âge de 38 ans, fluxion de poitrine. Influenza. Emphysème depuis deux ou trois ans. Jusqu'il y a deux ans, état nerveux normal. Jamais de crises nerveuses.

Elle a eu quatre enfants qui sont morts en bas-âge de méningite, au dire de la malade.

Il y a deux ans elle a été prise brusquement, au milieu de ses occupations, d'une douleur extrêmement intense dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit. En même temps des nausées et des vomissements. La douleur s'était amendée au bout de quelques heures.

Pas d'ictère.

Depuis cette époque les crises douloureuses se seraient renouvelées un grand nombre de fois. Seulement ces crises tout en ayant ce caractère de soudaineté d'apparition, ne seraient pas toutes identiques comme siège du maximum de la douleur. Quelquefois c'est dans la région lombaire gauche qu'elle serait surtout intolérable et se propage alors dans l'aîne et la cuisse gauches ; en même temps la quantité d'urine diminue notablement, les

urines sont troubles et laissent au fond du vase de petites pierres rougeâtres.

Il paraît donc que cette malade était atteinte à la fois de lithiasé biliaire et de lithiasé urinaire.

Depuis ses crises douloureuses la malade est devenue très nerveuse. La moindre contrariété provoque chez elle des pleurs, la sensation de constriction à l'épigastre, de boule qui monte de cette région au cou et l'étouffe. Des pleurs ou des rires se produisent chez elle souvent sans cause aucune, et ajoute-t-elle, quelquefois je ris quand il me semble qu'il fallait plutôt pleurer et inversement. Jamais avant, elle n'a rien eu de tout cela.

Depuis ces deux ans également la malade est devenue sujette aux maux de tête ; elle a de l'insomnie, la mémoire a diminué notablement. Anorexie. Oppression. De temps en temps des lipothymies sans perte de connaissance. Pas de grandes attaques de nerfs.

Etat actuel. — Le foie, légèrement augmenté de volume, n'est pas douloureux à la pression, mais cette manœuvre provoque une sensation douloureuse au niveau de la région épigastrique.

Le rein gauche est très douloureux à la pression.

A l'auscultation des poumons, emphysème.

Rien au cœur.

Troubles nerveux. Affaiblissement de la sensibilité tactile. Analgésie par plaques qui occupent la moitié gauche du corps.

Plusieurs plaques d'hypéresthésie au niveau de la poitrine du côté gauche. La pression de ces points provoque une sensation très pénible pour la malade ; il est probable que ce sont des points hystérogènes, mais nous n'avons pas jugé à propos d'y insister.

Du côté de l'appareil de l'audition : diminution de l'acuité auditive de deux côtés.

Du côté de la vision : amblyopie.

Le diagnostic suivant a été porté par M. Rigal, chef du service. Lithiase biliaire et rénale. Emphysème. Hystérie.

Le 19 janvier nous avons examiné encore une fois cette malade et nous avons trouvé les troubles nerveux objectifs encore plus accusés.

L'hémianesthésie était totale, complète pour tous les modes de la sensibilité. De plus, il y avait diminution de la sensibilité du pharynx, les autres signes que nous avons constatés pendant notre première exploration persistaient.

Nous n'avons pas pu suivre cette malade plus longtemps parce qu'elle a quitté le service.

Mais ce que nous avons pu constater joint à l'histoire de cette malade permet déjà suffisamment, à ce qu'il nous semble, d'établir le rapport qui paraît exister entre certains éléments morbides que nous avons trouvés chez elle.

Il n'est pas douteux que cette femme est hystérique ; sauf les grandes attaques convulsives elle en présente le tableau complet.

En ce qui concerne la lithiase qui s'était manifestée par des accès de coliques hépatiques ou de coliques néphrétiques, nous pensons que d'une part les accès douloureux survenant brusquement à intervalles variables, durant peu, d'autre part les signes physiques (douleur au niveau de la vésicule et au niveau du rein gauche) constatés peuvent être considérés comme suffisants pour que nous soyons autorisés à affirmer l'existence de ces coliques.

En résumé : cette malade est sujette depuis deux ans aux accidents de coliques hépatiques et de coliques néphrétiques. Elle est en même temps hystérique et cette hystérie apparaît après les premières crises douloureuses, la malade est très affirmative sur ce point.

Comment expliquer l'apparition de cette hystérie ? A aucune époque de sa vie la malade n'a présenté aucun symptôme qui pourrait faire croire à une hystérie préexistante ; malgré ses antécédents chargés au point de vue de l'hérédité nerveuse, elle personnellement n'était même très nerveuse s'il faut croire à son dire. Et voilà qu'à l'âge de cinquante ans elle devient hystérique. Quel est donc cet agent, qui a dû pourtant exister, de ce développement tardif de l'hystérie ? La malade a eu des accès de coliques néphrétiques et de coliques hépatiques qui précèdent peu l'époque à laquelle les symptômes d'hystérie se font jour. Nous ne trouvons rien d'autre dans ses antécédents qu'on pourrait considérer comme cause provocatrice de l'hystérie. Il est donc tout naturel d'admettre que ce sont ces accès de coliques qui ont provoqué la névrose chez cette malade.

Voici encore un cas de M. le professeur Potain qui pourrait être interprété comme les précédents. Nous n'avons pas pu avoir l'observation complète et nous n'en pouvons donner que le résumé.

OBSERVATION IV

Il y a un certain nombre d'années, M. Potain fut appelé à donner ses soins à une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire au début. Les accidents s'atténuèrent et elle put se marier. Quelque temps après son mariage, elle fut prise d'une colique hépatique violente, à la suite de laquelle elle présenta des symptômes très nets d'hystérie.

D'autres irritations locales internes peuvent également devenir dans certaines conditions le point de départ de l'hystérie. Nous n'avons pas d'observations personnelles à fournir à l'appui, mais quelques faits connus dans la littérature médicale pourront nous servir d'exemples.

Tout le monde sait que la présence des vers intestinaux s'accompagne quelquefois, surtout chez les enfants, de troubles nerveux très variés.

Voilà ce qu'écrivait à ce sujet Davaine (1) :

« Les anciens auteurs ont mis sur le compte des vers les affections les plus diverses... Ce sont surtout les névroses qui ont été attribuées à la présence des vers. Dans quelques cas en effet ces affections ont paru céder aux vermifuges. On peut expliquer leur origine par une action réflexe dont le point de départ serait la muqueuse intestinale

1. Davaine, *Traité des entozoaires*. Paris, 1877.

irritée par les entozoaires. Les plus fréquentes de ces névroses sympathiques seraient des convulsions épileptiformes, hystériformes et tétaniformes, des mouvements choréïques, des désordres intellectuels, des paralysies diverses, la perversion d'un sens. »

Des cas non douteux d'hystérie provoquée par la présence de vers intestinaux sont connus. Nous en résumons ici quelques-uns.

Observations sur l'hystérie provoquée par la présence de vers intestinaux.

OBSERVATION I

Landouzy. *Traité complet de l'hystérie* (Observation 114).

Convulsions hystériformes chez une petite fille de neuf ans. Boule hystérique. Suffocation. Rires, pleurs involontaires. Perte de la parole. Prurit de la membrane pituitaire.

Expulsion spontanée de plusieurs vers. Anthelmintiques. Expulsion par en haut et par en bas d'une grande quantité de vers lombrics et ascarides. Guérison.

OBSERVATION II

Landouzy. *Traité de l'hystérie* (Observation 115).

Hystérie chez une femme de 24 ans, bien réglée. Nombreux vers ascarides. Rires immodérés, locacité, syncope. Guérison.

OBSERVATION III

Landouzy, *même ouvrage*, observation 118.

Convulsions hystériformes. Anthelminthiques. Guérison après l'expulsion d'un grand nombre de vers.

OBSERVATION IV

Convulsions hystériformes suivies d'hémiplégie. Anthelminthiques. Expulsion d'un grand nombre de vers. Guérison. (Landouzy, ouvrage cité, observation 119).

OBSERVATION V

Davaine. *Traité des entozoaires*, p. 53.

Femme aliénée et hystérique. Expulsion d'un tœnia, cessation du délire. Expulsion d'un second tœnia, guérison de l'hystérie.

OBSERVATION VI

Davaine. *Ouvrage indiqué*, p. 54.

Dufau. Cas d'hystérie grave chez une jeune fille de neuf ans ayant persisté plus d'un an. Guérison par l'expulsion d'un grand nombre d'ascarides lombricoïdes et d'oxyures.

CONCLUSIONS

Une irritation ou une lésion interne peut devenir la cause occasionnelle de l'hystérie chez des personnes prédisposées pour cette névrose.

En particulier, le passage d'un calcul par l'urètre ou les voies biliaires (coliques néphrétiques ou coliques hépatiques) déterminant une irritation locale plus ou moins intense accompagnée d'un ébranlement nerveux, joue quelquefois le rôle d'agent provocateur de l'hystérie ou la réveille quand elle est éteinte.

Les vers intestinaux, par suite d'une irritation de la muqueuse intestinale qu'ils produisent, deviennent également dans quelques cas la cause occasionnelle de l'hystérie.

L'hystérie provoquée par ces accidents locaux doit être placée à côté des cas d'hystérie d'origine traumatique.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
CRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bataille.** — Traumatisme et névropathie. Thèse Paris, 1887.
- Benedikt.** — Hystéro-traumatisme. Collège de méd., de Vienne, 1888. An. in. Bull. méd., 1888, n. 95.
- Berbez (Paul).** — Traumatisme et hystérie. Th. Paris, 1887.
- Du même.* — Observation d'hystérie survenue à la suite d'un soufflet. Soc. clin., 26 mai 1887.
- Du même.* — L'hystéro-traumatisme. Gaz. des hôp., 6 août 1887, n. 95.
- Du même.* — Des effets produits par les accidents de chemin de fer. Gaz. hebd., 1888, n. 15.
- Blum.** — Du shock traumatique. Arch. gén. de méd. Janvier, 1876.
- Brodie.** — Leçons sur les affections nerveuses locales, 1837. Trad. franç. de Douglas Aigre. Paris, 1880.
- Burkhardt.** — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Rev. méd. de la Suisse Romande, 1886.
- Charcot.** — Leçons sur les maladies du système nerveux, t. I et t. III.
- Du même.* — Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique, 1887-1888.
- Du même.* — De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. Progrès méd., 3 mai 1878.
- Du même.* — Arthralgie hystéro-traumatique du genou. Progrès méd., 1888, n. 4.

Du même. — Les accidents de chemin de fer. Gaz. des hôp., 6 décembre 1888.

Debove. — Notes sur l'hystérie traumatique et sur sa gravité pronostique. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1887, n. 19.
Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1887.

Debove et Cartin. — Remarques sur l'hystérie traumatique.

Davaine. — Traité des entozoaires, 1877. Paris. Traumatique.

Déjerine. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Th. agrég., 1886.

Delmas. — Localisations spinales. Un cas d'hystéro-traumatisme pris pour autre chose. Arch. de méd., 1887.

Duponchel. — L'hystérie dans l'armée. Rev. de méd., 1886.

Erischen (J. E.). — On railway and other injuries of the nervous system. Londres, 1866.

Fauvel (H.). — Des paralysies traumatiques d'origine périphérique. Th. Paris, 1885.

Ferré. — Amnésie traumatique. Th. Paris, 1881.

Grasset. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme, recueillies et publiées par Bourguet, 1889.

Guinon (Georges). — A propos de deux travaux récents sur l'hystéro-traumatisme. Progrès méd., 1888, n. 44.

Du même. — L'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie. Revue de chirurgie, 1888, n. 11.

Du même. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse, 1889.

Huchard. — Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. Union méd., 1882.

Kussmaul. — Les troubles de la parole.

Laudet. — Arch. gén. de méd., 1860, série VI, vol. I^{er}.

Du même. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.

Leyden. — Traité clinique des maladies de la moelle épinière. Traduction française de Richard et Véry. Paris, 1879.

- Landouzy.** — Traité complet de l'hystérie. Paris, 1846.
- Lyon (G.).** — Notes sur l'hystérie consécutives aux traumatismes graves. Encéphale. Janvier-février 1888.
- Monneret.** — Déterminer la part des causes occasionnelles dans les maladies. Thèse agrég., 1838.
- Oppenheim.** — Ueber das Wesen und den nosologischen Charakter der sich bei Eisenbahn-unfällen entwickelnden Erkrankungen des Nervensystems. Berl. artztl. Correspondenzbl.
- Oppenheim.** — Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen welche sich nach Erschütterung des Rückenmarks, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln? Soc. de méd. interne de Berlin, 16 janvier 1888.
- Oppenheim et Thomsen.** — Arch. de Westph., Bd. XV, Heft 2, 3.
- Page.** — Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock. Londres, 1885.
- Potain.** — Hystéro-traumatisme interne. Semaine médicale, 9 décembre 1891.
- Putnam.** — The medico-legal significance of hemianesthesia after concussion accidents. Am. Journ. of. Neurol. and Psych., août 1884.
- Strümpell.** — Ueber die traumatischen Neurosen. Berl. Klin., 1888, Heft 3.
- Thomsen.** — Vier Fälle von traumatischer und Reflex-psychose. Charité-Annalen, 1888.
- Thyssen.** — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique, thèse Paris, 1888.
- Verneuil.** — Mémoires de chirurgie t. III. Etats constitutionnels et traumatisme, 1883, t. IV. Traumatisme et complications 1886.

Vibert. — Etude médico-légale sur les conséquences des blessures produites par les accidents de chemin de fer. Ann. d'hyg. publ., avril 1888.

Vincent. — Traumatisme et diathèse. Thèse de Paris 1887.

Walton. — Hysterical anæsthesia brought on by a fall. Boston med. and surg. journal, 1884, 11 décembre.

